

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-508003

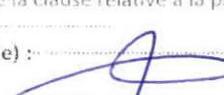
MR = 20641

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) : 7075			
Matricule :	Société : <i>Retraitee</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>F BRAHIMI ET ETIAM</i>
Nom & Prénom : <i>F BRAHIMI ET ETIAM</i>			
Date de naissance :	01/04/62		
Adresse :	37 Rue fihet N 225 et se Nader Salma		
Tél. :	06 27 14 016 Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <i>Professeur Fabien KOSKAS</i> Age : _____			
Lien de parenté : <i>Sauf à lui-même</i> Conjoint <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <i>Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière</i> Cédex 13			
En cas d'accident préciser les causes et les circonstances : <i>47 83, bd de l'hôpital - 75651 Paris cédex 13</i>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

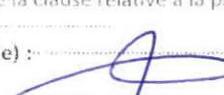
11 FEV 2009

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
SELARL PHARMACIE OKABE C. CIAL OKABE 94 201 71 79 57-77 Avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin Bicetre Tél. 01.46.58.28.06 pharmacieokabe@orange.fr	57/11/2019 25/11/2019	26,93 € 83,85 €.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médicaments :
Reprise du traitement habituel

Traitement antalgique :

DOLIPRANE 1gr : 1 comprimé toutes les 6 heures,
ZAMUDOL LP 100 mg : 1 comprimé matin et soir si douleurs résistantes
QSP : 15 JOURS

Matériels pour pansement :

Sérum physiologique en dosettes : 1 Flacon
Set à pansement : 1 par pansement
Compresses stériles : 10 par pansement
BETADINE ou BISEPTINE : 3 dosettes par pansement
Ote agrafes : 1 exemplaire
MEPILEX Border E.M. (taille selon cicatrice) : 1 par pansement

Quantité suffisante pour une réfection de pansement tous les deux jours pendant 10 jours, renouvelable jusqu'à cicatrisation complète.

Ceinture de contention abdominale dans les suites d'une laparotomie

Examens d'imagerie :

Faire dans 1 mois une echo-doppler de l'aorte abdominale et des membres inférieurs pour contrôle post opératoire.

Amener les résultats à la consultation

Soins infirmiers :

Matériels pour pansement :

Sérum physiologique en dosettes : 1 Flacon
Set à pansement : 1 par pansement
Compresses stériles : 10 par pansement
BETADINE ou BISEPTINE : 3 dosettes par pansement
Ote agrafes : 1 exemplaire
MEPILEX Border E.M. (taille selon cicatrice) : 1 par pansement

Quantité suffisante pour une réfection de pansement tous les deux jours pendant 10 jours, renouvelable jusqu'à cicatrisation complète.

Ablation des agrafes le 29/11

Professeur F. KOSKAS

Professeur Fabien KOSKAS
Service de Chirurgie Vasculaire
Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
47-83, bd de l'hôpital - 75651 Paris Cedex 13
Hospitalisation : 01 42 13 57 11
Fax : 01 42 11 87 14

Docteur P. TRUELLO

Information aux patients : vous êtes informé(e) que les données à caractère personnel vous concernant, recueillies dans le cadre de la gestion administrative et de votre prise en charge à l'hôpital, peuvent être utilisées à des fins de recherche dans le domaine de la santé, sous la responsabilité de l'AP-HP. Notamment, un Entrepôt de Données de Santé (EDS) a été créé afin de permettre la réalisation de recherches non interventionnelles sur données, d'études de faisabilité des essais cliniques et d'études de pilotage de l'activité hospitalière. Pour plus d'informations relatives à chaque recherche, aux données utilisées, aux destinataires des données, aux durées de conservation des données et aux modalités d'exercice de vos droits, vous pouvez consulter le portail d'information de l'EDS à l'adresse <http://recherche.aphp.fr/eds>. Pour vous opposer à l'utilisation des données vous concernant à des fins de recherche, vous pouvez vous adresser au bureau des usagers ou directeur de l'hôpital où vous avez été pris en charge ou remplir le formulaire d'opposition électronique disponible à l'adresse <http://recherche.aphp.fr/eds/droit-opposition>.

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom GHAMIRI Mostafa
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance 2 1 0 9 1 9 5 5 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

8 RUE DESCLUZE 94270 LE KREMLIN BICETRE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE KIV

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNÉ

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

SELARL PHARMACIE OKABE
57 AVENUE DE FONTAINEBLEAU
C.C. OKABE94270 LE KREMLIN BICETRE
94270 2016486

Tél 0146582806

=> 94 2 01648 6 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom KOSKAS Fabien

raison sociale HOPITAL PITIE-SA

identifiant 10000338656

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 750100125

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 26/11/2019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "•" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A A A

ou date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES									
tarification détaillée									
Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref.	LPP	Ut	Libelle
8	1,16	9,28	PH7		3400935955838				DOLIPRANE 1000MG CPR
8	1,02	8,16	HD7						Honor. dispens. HD7
1	5,92	5,92	PH7		3400938675214				TRAMA BGR LP 100mg Cp
1	1,02	1,02	HD7						Honor. dispens. HD7
1	0,51	0,51	HDR						Honor. dispens. HDR
1	2,04	2,04	HDE						Honor. dispens. HDE
									codes à barres
									étiquettes de la liste
									des produits et prestations
									dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

2 6 , 9 3

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

SELARL PHARMACIE OKABE
C.C. OKABE
94270 2016486
57-77 Avenue de Fontainebleau
94270 Le Kremlin Bicêtre
94270 Le Kremlin Bicêtre
94270 Le Kremlin Bicêtresignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est assujetti à des peines financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

554262

date J J M 29112019

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom GHAMIRI Mostafa

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance 21 09 1955 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

8 RUE DESCLUZE 94270 LE KREMLIN BICETRE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE KIV

50 PHARMACIEN

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

CONVENTIONNÉ

identifiant

SELARL PHARMACIE OKABE
57 AVENUE DE FONTAINEBLEAUC.C. OKABE
94270 LE KREMLIN BICETRE

94270 LE KREMLIN BICETRE

Tél 0146582806

=> 94 2 01648 6 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom BUSTANY Philippe

raison sociale HU PARIS SUD SIT

identifiant 10000489376

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 940100043

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 29/11/2019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref.	LPP
1	64,89	64,89	PAN		4052199241401	A 1359097	
1	2,53	2,53	PH4		3400932913282		
1	1,02	1,02	HD4				
1	14,90	14,90	PHN		0707387030209		
1	0,51	0,51	HDR				

Ut Libelle
(1) HYDROTAC COMFORT Pans
BISEPTINE S A LOC PUL
Honor. dispens. HD4
PINCE OTE AGRAFES
Honor. dispens. HDR

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

8 3 , 8 5

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

SELARL PHARMACIE OKABE

signature du pharmacien
ou du fournisseurC CIAL OKABE
94 201 64 86signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

57-77 Avenue de Fontainebleau

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

CIP 0340094163145
Lot CV117
Fab. 06 2019
Exp. 05 2022



773896

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie". Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé.
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Douleur
et fièvre

Doliprane Tabs

Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte

8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 4163124 5
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



plaque
plastique
vide
à jeter

étau carton
vide
à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRI.FR

VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs®
Paracétamol
1000mg



77

CIP 0340094163145
Lot CV117
Fab. 06 2019
Exp. 05 2022



773896

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie". Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé.
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Douleur
et fièvre

Doliprane Tabs

Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte

8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 4163124 5
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



plaque
plastique
vide
à jeter

étau
carton
vide
à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs®
Paracétamol
1000mg



æ
SJ

CIP 0340094163145
Lot CV117
Fab. 06 2019
Exp. 05 2022



773896

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie". Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé.
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Douleur
et fièvre

Doliprane Tabs

Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte

8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 4163124 5
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



plaque
plastique
vide
à jeter

étau
carton
vide
à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs®
Paracétamol
1000mg



æ
SJ

CIP 0340094163145
Lot CV117
Fab. 06 2019
Exp. 05 2022



773896

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie". Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé.
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Douleur
et fièvre

Doliprane Tabs

Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte

8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 4163124 5
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



plaque
plastique
vide
à jeter

étau
carton
vide
à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs®
Paracétamol
1000mg



æ
SJ

CIP 0340094163145
Lot CV117
Fab. 06 2019
Exp. 05 2022



773896

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie". Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Douleur
et fièvre

Doliprane Tabs

Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte

8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 4163124 5
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



plaque
plastique
vide
à jeter

étau
carton
vide
à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRI.FR

VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs®
Paracétamol
1000mg



ea
SJ

CIP 0340094163145
Lot CV117
Fab. 06 2019
Exp. 05 2022



773896

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie". Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé.
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Douleur
et fièvre

Doliprane Tabs

Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte

8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 4163124 5
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



plaque
plastique
vide
à jeter

étau carton
vide
à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs®
Paracétamol
1000mg



77

CIP 0340094163145
Lot CV117
Fab. 06 2019
Exp. 05 2022



773896

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie". Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé.
Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Douleur
et fièvre

Doliprane Tabs

Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte

8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis
à prescription médicale.
Médicament autorisé
n° 34009 4163124 5
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



plaque
plastique
vide
à jeter

étau
carton
vide
à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs®
Paracétamol
1000mg



æ
SJ